

I Revues générales

Patients présentant des excoriations cutanées auto-provoquées : excoriations “psychogènes” ou trouble factice (“pathomimie”) ?

RÉSUMÉ : Cette mise au point a pour but de nommer précisément les différentes lésions cutanées auto-provoquées, et en particulier de ne pas employer le terme “pathomimie”, actuellement remplacé dans la littérature par celui de “trouble factice”, pour tout tableau de lésions cutanées faites par le patient lui-même.

Le nom “d’excoriations” (du latin *ex-coriare* : s’enlever le cuir) s’applique à une simple description clinique : lésion résultant de l’attaque traumatique de la surface de la peau (traumatisme subi ou agi par le patient). Provoquée par le patient, cette lésion est en lien avec une souffrance psychique ou une maladie mentale.

Qu’il s’agisse d’excoriations psychogènes ou de trouble factice (et nous garderons donc ce terme à la place de pathomimie), le trouble psychiatrique sous-jacent et parfois premier est important à reconnaître, car il module la prise en charge par le dermatologue et conditionne des attitudes thérapeutiques différentes. Deux cas cliniques sont présentés ci-après.



N. FETON-DANOU¹, R. MALET²

¹ Service de Dermatologie, Hôpital Bichat, PARIS.

² Cabinet de Dermatologie, PARIS.

Le vaste cadre des lésions cutanées auto-provoquées regroupe, selon que le geste sur la peau est tenu secret ou non, d’une part la simulation et le trouble factice, d’autre part les excoriations psychogènes aux côtés de la trichotillomanie (et onychotillomanie), les scarifications et les automutilations.

L’étymologie parlante du terme ancien “pathomimie cutanée” – lésion artificielle qui mime une dermatose et qui est donc fabriquée par le patient lui-même – a de fait envahi confusément ce champ des dermatoses auto-provoquées. Ainsi, tout patient qui crée lui-même ses lésions, que le geste soit reconnu ou tenu secret, dans un contexte délirant ou non, est malheureusement souvent étiqueté

“pathomime”. Or, une lésion cutanée provoquée n’est pas forcément un trouble factice (“pathomimie”) qui correspond à une souffrance psychopathologique particulière, et donc n’est pas “pathomime” qui veut ! Mimer une dermatose requiert des connaissances médicales, qu’elles soient acquises professionnellement ou de plus en plus actuellement copiées sur Internet. Cette action de mimer peut être le support d’une tricherie délibérée comme dans les simulations. C’est pourquoi le terme “trouble factice” est préférable à celui de “pathomimie”, permettant de bien différencier ce tableau singulier des simulations.

L’ESDaP (Société Européenne de Dermatologie et Psychiatrie) a réalisé un

très beau travail de classification de ces lésions cutanées auto-provoquées [1]. Établir ces distinctions nosographiques, cliniques et psychopathologiques permet de mieux comprendre la souffrance psychique sous-jacente et d'adresser à bon escient, et au bon moment, à un confrère psychiatre ou psychologue, tout en gardant un lien patient-dermatologue indispensable.

Ainsi, des érosions ou ulcérations cutanées, encore une fois simples descriptions cliniques, peuvent se voir au cours de situations variées [2]: délire d'infestation parasitaire où le patient cherche à extraire par tout moyen le parasite allégué [3], trouble de la perception de l'image corporelle type "dysmorphophobie" où les obsessions idéatives sur la moindre anomalie cutanée entraînent une compulsion "à corriger cette anomalie perçue comme plus ou moins monstrueuse" et ainsi abîmer plus ou moins profondément la peau. Mais aussi ces érosions ou ces ulcérations peuvent se voir lors de l'arrachage répété et minutieux de lésions dermatologiques préexistantes ou de discrètes imperfections comme dans les excoriations dites "psychogènes", ou lors de la création *ex nihilo* de lésions cutanées plus souvent à type d'ulcérations du patient souffrant d'un trouble factice qui cherche inconsciemment à jouer le rôle de malade.

Alors, excoriations psychogènes ou trouble factice? Les deux cas présentés ici sont volontairement mis en parallèle pour relever les différences cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques (en particulier pour adresser le patient à un confrère psychiatre ou psychologue). La spécificité des patients souffrant d'un trouble factice sera ainsi soulignée.

Cas n° 1: excoriations psychogènes

M. Y. est adressé à la consultation hospitalière de dermatologie par un collègue dermatologue pour une prise en

charge "psychosomatique" d'érosions et d'ulcérations cutanées des membres et du visage (**fig. 1**). Les soins dermatologiques adaptés, réitérés, utilisant cicatrisants, antibiotiques locaux lors de surinfections et pansements occlusifs entraînent la cicatrisation des lésions, mais le geste d'arrachage consciencieux, quotidien, que le patient ne peut retenir, apporte parfois de véritables lacérations dont il a honte et qui le handicapent dans sa vie affective et socio-professionnelle. L'arrachage est plus ou moins profond selon les périodes de plus ou moins grande tension dans sa vie, dit-il, et il n'arrive plus à sortir de ce cercle vicieux progressivement installé depuis 4 ans.

Cet ingénieur de 48 ans, qui parle facilement, reconnaît d'emblée être à l'origine du geste d'arrachage des croûtes qui se forment et dit qu'il ne peut s'arrêter que lorsqu'il a vraiment mal. Ce geste s'est installé, raconte-t-il, après une année sabbatique, au moment de la reprise du travail dans une entreprise de laquelle il avait souhaité s'éloigner en temps et en distance géographique (long voyage à plus de 10 000 km). Ce geste lui rappelle son antécédent de trichotillomanie (TTM) des sourcils à l'âge de 20 ans lorsqu'il préparait les concours d'ingénieur, TTM qui s'était résolue spontanément en même temps que ses premières rencontres amoureuses et son premier travail. Aujourd'hui, son épouse et sa famille lui disent d'arrêter de se gratter, sans succès... Ses collègues de travail ne lui

font pas de remarques, mais il s'isole de lui-même, travaillant chez lui lorsque les lésions deviennent trop visibles. Les différents médecins consultés ont tous conseillé une prise en charge psychothérapeutique, conseils qu'il n'a pas suivis, persuadé qu'il arriverait tout seul à stopper ce geste délétère et mettant un point d'honneur à cela.

Les consultations successives ont renouvelé les traitements dermatologiques antérieurs appropriés. Et je me suis attachée à sa motivation récente de demande à être aidé pour ce geste, réalisant la spirale dont il ne pouvait finalement pas sortir tout seul, et à son questionnaire sur le lien souffrance psychique-lésions dermatologiques pour lequel il me réinterrogera à chaque consultation, abandonnant peu à peu ses doutes. Je lui ai souligné le caractère impérieux, ritualisé et répétitif matin et soir (ce qui définit le comportement compulsif) du geste dont il retire un soulagement dans les moments de tension, ainsi que son retentissement corporel important. J'ai aussi, lors des différentes consultations, recherché un trouble dépressif associé. Nous avons convenu de façon simple un "travail" sur le geste en mettant en place des alternatives au grattage (déplacement du geste sur un objet, manœuvres de massage plus qu'arrachage, choix d'une zone à laisser au repos). Reconnaisant des symptômes dépressifs, et réalisant progressivement le poids et la portée de ce geste ancien, ancré dans son histoire, retentissant sur son image corporelle et dans ses relations affectives et sociales, il accepte d'en parler et de consulter un confrère psychiatre.

Ce patient est traité par IRSS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine). Il revient régulièrement en consultation dermatologique et me dit "*aller mieux, entrevoir le bout du tunnel*", même si de nombreuses lésions persistent. Elles sont toutefois nettement atténuées en profondeur, et pour lui, la profondeur des ulcérations est un baromètre de sa souffrance psychique. Il en est satisfait



Fig. 1.

Revue générale

et regrette seulement de ne pas avoir été pris en charge plus tôt. Soulignons ses premières réticences à cette démarche.

Cas n° 2 : trouble factice

M^{me} X. est adressée à la consultation hospitalière de dermatologie par le service d'ORL, amené à prendre en charge cette patiente de 59 ans qui présente une ulcération de la région mentonnière droite suspecte de néoplasie. Le scanner objective l'ulcération venant au contact de l'os mandibulaire, avec augmentation des parties molles, sans atteinte osseuse associée. Il s'agit d'une récidive : quelques mois auparavant, elle a subi une exérèse pour suspicion de carcinome. L'histologie révèle une lésion scléreuse inflammatoire non spécifique, sans prolifération tumorale. Cette patiente, célibataire, est infirmière en service de soins pour personnes âgées. Elle est aussi, dit-elle, la mieux placée pour s'occuper de ses vieux parents, car la seule de sa fratrie, soignante, et sans charge de famille.

Au décours de multiples consultations dans le service ORL, puis en dermatologie, rapprochées dans le temps, devant cette lésion apparue semble-t-il assez brutalement, de début difficile à déterminer, d'emblée creusante et guérissant rapidement sous pansement occlusif, et devant l'interrogation perplexe des médecins qui l'écoutent patiemment, sans jugement, cherchant à comprendre l'installation de cette ulcération dans son contexte de vie, elle finira spontanément et avec beaucoup d'émotion par dire ce qu'elle cachait, qu'elle "*trituration profonde*" cette zone et qu'elle traverse depuis quelques mois une période de perte (changement de poste de travail) et de deuil (décès d'une tante qu'elle accompagne jusqu'à la mort). Elle est sidérée de réaliser qu'elle crée une telle lésion, et de le faire car elle est dans une grande souffrance psychique qu'elle n'a pu exprimer ni dans sa famille ni dans son entourage, n'ayant que quelques connaissances sans véritable amitié.



Fig. 2.

Après plusieurs mois de consultations et examens complémentaires, elle se livre ainsi dans sa solitude, émue, désarmée et gênée. Elle comprend l'importance capitale de débiter une psychothérapie et souhaite recontacter une psychothérapeute qui l'avait suivie quelque temps 10 ans auparavant. Je revois cette patiente une fois 3 ans plus tard pour discuter d'une reprise esthétique de la cicatrice déprimée, anfractueuse, et l'adresse à un plasticien qu'elle ne consultera pas. Cette patiente rechute après 6 années (fig. 2) suite, dit-elle, à l'AVC de son père l'obligeant à un placement en maison médicalisée de long séjour, maladie paternelle qui sera suivie de disputes familiales. Selon ses propres mots, se sentant destituée par son frère de sa place de "*référé familial*", elle se met à distance de sa famille (mère, frères et sœurs) et s'efface sans rompre totalement les liens.

Elle consulte à nouveau à l'hôpital 6 mois plus tard dans le service ORL. Ayant une fois encore caché son geste, un scanner est réalisé qui objective une lésion fibrosante sans image tumorale. Les praticiens du service ORL stoppent les investigations et l'adressent à nouveau en dermatologie. Elle me consulte en énonçant "*je suis dans la répétition et je sais clairement ce qui se passe*". Après 2 mois de traitement local associant cicatrifiant et dermocorticoïde, l'ulcération est moins profonde, la zone fibreuse est plus souple. M^{me} X. souligne : "*Je me sens très soutenue par ce suivi dermatologique. Dire que je me fais ça ! Ce qui a été le plus important, c'est de pouvoir le dire et que vous l'entendiez.*"

Commentaires

Hormis la présence d'ulcérations et la nécessité d'une prise en charge psychiatrique, ces deux patients ne se ressemblent pas et la prise en charge dermatologique pour amener le patient à consulter en psychiatrie est différente. Toutes les dermatoses auto-provoquées ont en commun un geste délétère (gratage, morsure, brûlure...) sur la peau qui traduit une souffrance psychique souvent importante, parfois profonde et ancienne. La comorbidité psychiatrique, la personnalité sous-jacente et le sens de ce geste sont variables.

La première question à se poser est le caractère secret ou non du geste. Le geste reste caché de tous, soit dans les simulations où la recherche volontaire d'un bénéfice souvent matériel est mise en avant, soit dans les troubles factices où le patient n'attend aucun bénéfice matériel mais où la recherche d'un "certain profit de cette situation" est inconsciente et se résume vraisemblablement au fait de "jouer le rôle de malade" et d'être enfin regardé, objet d'attention.

1. Le trouble factice (cas n° 2)

Il est aujourd'hui classé dans le DSM-5 [4] dans la catégorie "Troubles à symptomatologie somatique et apparentés" aux côtés du trouble de conversion, de la crainte excessive d'avoir une maladie... Il s'agit d'un groupe caractérisé par la prééminence des symptômes somatiques. De façon schématique, sur le plan psychiatrique, tout se joue dans l'enfance, où l'enfant en situation de carence affective (mal aimé, abandonné...) ne va se sentir regardé et aimé que lorsqu'il est malade.

La présence d'une maladie est l'occasion de devenir enfin sujet d'attention des autres, et ce même sujet confronté à l'âge adulte à des moments de séparation ou de deuil, qui sont des moments de carence affective, désirera inconsciemment rejouer "cette scène médicale" où

POINTS FORTS

■ Excoriations psychogènes

- Repérer les situations émotionnelles.
- Proposer des alternatives au grattage.
- Rechercher un trouble dépressif.
- Susciter et proposer l'aide psychothérapeutique.

■ Trouble factice

- Valoriser le patient.
- Ne pas être intrusif.
- L'amener à parler, pas seulement de sa lésion mais aussi de lui.
- Ne pas abandonner le malade.
- Ne pas oublier le risque élevé de suicide.

il s'est senti reconnu et aimé, et à cette fin provoquera lui-même ses lésions. Dans ce même scénario infantile, à l'opposé du parent qui délaisse l'enfant, le médecin fait figure de personne attentionnée et bonne, et il n'est pas rare, en miroir, que ces sujets choisissent plus tard une profession de soignant où ils se dévoueront corps et âme.

Sur le plan psychopathologique, on retrouve les éléments suivants, bien illustrés par cette observation : masochisme (gravité des lésions auto-provoquées), pauvreté relationnelle (peu ou pas d'amis, solitude), faible estime de soi ("villain petit canard"), peur d'être mal jugé avec risque de dépression et tentative de suicide.

Sur le plan de la personnalité, il s'agit le plus souvent de sujets dits "borderline" caractérisés par l'instabilité affective, l'extrême vulnérabilité à la perte d'affection et l'impulsivité [5]. Il s'agit d'une souffrance particulièrement grave et ancienne (enfance) où le patient, avec ces lésions bizarres et rebelles aux traitements qui mettent les médecins en échec de guérison, a très peur d'être brutalement démasqué, ce qui risquerait de lui faire perdre la face et l'amener au suicide [6, 7].

Le challenge pour le dermatologue est donc d'amener progressivement

le patient à parler lui-même, comme M^{me} X., de son geste quand il se sentira soutenu, non jugé, sans rien forcer de l'aveu, mais en montrant aussi que le médecin devant cette lésion si particulière n'est pas dupe, en soulignant à demi-mots qu'il y a peut-être une part involontaire d'aggravation des lésions, ce qui laisse supposer une part de responsabilité du patient sans le culpabiliser. C'est une entreprise difficile qui partage réussites et échecs, et le patient peut s'échapper, emmuré dans son silence et sa détresse, dans l'errance médicale [8].

Quand une prise en charge psychiatrique peut être assurée, elle n'exclut pas la récurrence, le mode de fonctionnement étant profondément ancré, mais l'appel à l'aide du patient, lui, est plus rapide et aisé, et peut éviter l'effondrement. Comme traitements psychothérapeutiques, peuvent être indiqués : les psychothérapies de type entretiens avec des objectifs simples sur le plan socio-affectif du fait de la pauvreté relationnelle de ces patients, les approches corporelles (relaxation, massages) aidant à "une reconstruction" des limites corporelles fragiles. Des médicaments peuvent être associés en cas de trouble dépressif et/ou anxieux. Il s'agit de patients difficiles. Insistons sur l'importance d'intervenir à plusieurs, d'associer différents trai-

tements et de travailler ensemble de façon cohérente [9]. Le rôle du dermatologue est d'accompagner ces patients sans multiplier les examens agressifs, ce qui renforcerait leur masochisme, sans se décourager ni les laisser tomber, ce qui renforcerait leur sentiment d'abandon [10].

2. Les excoriations psychogènes (cas n° 1)

Elles sont classées aujourd'hui dans le DSM-5 [4] dans le chapitre "Troubles obsessionnels compulsifs et troubles connexes", aux côtés de la trichotillomanie, de l'onychotillomanie, du trouble dysmorphophobique (BDD, ou *Body dysmorphic disorder*) : c'est un groupe caractérisé par les obsessions persistantes et les comportements répétitifs. Le geste n'est pas tenu secret et rapidement, voire d'emblée, reconnu par le patient : "*C'est moi qui me fais ça.*" Et pourtant, la prise en charge est souvent tardive dans l'évolution de la pathologie car le patient, souvent honteux, hésite à consulter. La demande d'aide survient après plusieurs années, lorsque les lésions actives et cicatricielles ne peuvent plus être cachées.

Ce geste d'arrachage est un geste dit compulsif, c'est-à-dire ritualisé, répétitif et impérieux (que le patient ne peut réfréner sans angoisse). Il est différé dans l'action (souvent le soir au retour chez soi), chronophage (une heure voire plus). À noter que le BDD a été rapproché de ce groupe dans le DSM-5 du fait du geste compulsif résultant des obsessions sur l'image corporelle. Reconnaître la nature compulsive du geste permet de le différencier d'un geste impulsif, immédiat dans l'action, irréfléchi, tel un passage à l'acte comme dans les scarifications (voire parfois plus simplement machinal proche d'un tic) [11].

Il est généralement l'expression tout à fait consciente d'une comorbidité de type trouble dépressif et/ou trouble anxieux [12].

I Revues générales

La personnalité sous-jacente est habituellement dans le groupe dit des “personnalités anxieuses” et en particulier obsessionnelle-compulsive, caractérisée par l’ordre et le contrôle. M. Y veut y arriver tout seul et qu’il n’y ait aucune aspérité, “que tout soit lisse” (à noter que “anomalie” vient du grec *an-omalos*: “qui n’est pas égal, uni”). Ce geste permet de soulager un état de tension tel que l’anxiété, la colère, la tristesse, l’ennui... émotions souvent non exprimées spontanément ou non reconnues. Une autre patiente me dira: “*Je n’ai pas d’émotions.*” Il peut s’agir aussi d’angoisses multiples, diffuses, non centrées sur un objet particulier contre lequel le sujet pourrait lutter. Repérer avec le patient les situations émotionnelles déclenchantes peut permettre très progressivement de les anticiper et de contrôler le geste délétère.

Établir un lien au cours des consultations laisse le temps de rechercher un trouble dépressif, et de comprendre l’histoire de ce geste dans l’histoire de vie du patient. Établir un lien confiant permet également au patient d’envisager de faire confiance au psychothérapeute et de s’appuyer pour cela sur la motivation récente qui le pousse à consulter enfin. Les traitements font appel aux thérapies dites cognitives comportementales ainsi qu’aux antidépresseurs et/ou anxiolytiques en fonction de la comorbidité psychiatrique existante.

■ Conclusion

Mieux connaître ces pathologies permet d’accueillir sans crainte ces patients, et peut-être d’éviter des prises en charge tardives qui aggravent le risque dermatologique cicatriciel et ancrent le patient dans sa souffrance psychique et son isolement. S’appuyer sur le retentissement invalidant de ces lésions et sur l’existence de symptômes dépressifs peut aider le dermatologue à adresser le patient vers un psychiatre ou un psychothérapeute, tout en poursuivant le suivi dermatologique. Ce suivi, même s’il paraît difficile par manque d’expérience, n’est jamais improductif pour le patient.

Les auteurs remercient le Dr Sylvie Consoli pour sa relecture attentive et éclairée.

BIBLIOGRAPHIE

1. GIELER U, CONSOLI SG, TOMAS-ARAGONES L *et al.* Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification--a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol*, 2013;93:4-12
2. CONSOLI SG, CHASTAING M, MISERY L. Psychiatrie et dermatologie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Dermatologie*, 2010;98-874-A-10.
3. SCHOLHAMMER M, CHASTAING M. Rôle du dermatologue dans la prise en charge d’une patiente souffrant d’un délire parasitaire. *Réalités thérapeutiques en Dermato-Vénérologie*, 2016;254:51-54.
4. DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. American Psychiatric Association, CROCQ MA, GUELFY JD pour la coordination de la traduction française. *Elsevier Masson SAS*, 2015.
5. GORDON DK, SANSONE RA. A relationship between factitious disorder and borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci*, 2013;10:11-13
6. YATES GP, FELDMAN MD. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. *Gen Hosp Psychiatry*, 2016;41:20-28.
7. MISERY L. Les pathomimies cutanées. *Ann Med Psychol*, 2010;168:297-300.
8. FEKIH-ROMDHANE F, HOMRI W, LABBANE R. Troubles factices en dermatologie: intérêt du concept d’état dissociatif. *Ann Dermatol Venereol*, 2016;143:210-214.
9. TOMAS-ARAGONES L, CONSOLI SM, CONSOLI SG *et al.* Self-inflicted lesions in dermatology: a management and therapeutic approach. A position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol*, 2017;97:159-172.
10. CONSOLI SG. Une histoire banale, un traitement exemplaire. *Ann Dermatol Venereol*, 2016;143:177-178.
11. GRANT JE, ODLAUG BL, CHAMBERLAIN SR *et al.* Skin Picking disorder. *Am J Psychiatry*, 2012;169:1143-1149.
12. MUTASIM DF, ADAMS BB. The psychiatric profile of patients with psychogenic excoriation. *J Am Acad Dermatol*, 2009;61:611-613.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d’intérêts concernant les données publiées dans cet article.